



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 946**

24 Ιουλίου 2002

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. ΔΙΑΔΠ/Α1/12407

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του Ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/ 1.5.2002.

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 1599/86 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986.

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του Ν. 2690/99 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/1992 «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 154/Α/1992) με το οποίο προστέθηκε άρθρο 29 Α στο Ν. 1558/85 (ΦΕΚ 137/Α/1985), όπως τελικά αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ39/Α/1997).

5. Τη ΔΙΔΚ/Φ1/2/22875/31.10.2001 Κοινή Απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

6. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

7. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του ν. 3013/2002 διαδικασία:

Θέματα αρμοδιότητας Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.).

Θέματα Ασφαλιστικών Ταμείων

α. Τ.Ε.Β.Ε.

1. Χορήγηση Βεβαίωσης ποσού Σύνταξης.
2. Μεταφορά Επαγγελματικής Στέγης - αλλαγή Επαγγέλματος
3. Μεταφορά Επαγγελματικής Στέγης - ιδίου Επαγγέλματος
4. Απονομή Σύνταξης Αναπηρίας (για επιδείνωση αναπηρίας)
5. Απονομή Σύνταξης λόγω θανάτου Συνταξιούχου
6. Παράταση Σύνταξης Αναπηρίας
7. Βεβαίωση περί μη Συνταξιοδότησης
8. Βεβαίωση περί μη Ασφάλισης στο ΤΕΒΕ
9. Παραπομπή στην Ανώτατη Υγειονομική Επιτροπή ΤΕΒΕ

β. Ι.Κ.Α.

1. Έκδοση Βιβλιαρίου Ασθενείας ΙΚΑ (άμεσα ασφαλισμένος)
2. Ανανέωση Βιβλιαρίου Ασθενείας ΙΚΑ (άμεσα ασφαλισμένος)
3. Έκδοση Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθένειας (Για τη Σύζυγο).
4. Ανανέωση Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθένειας (Για τη Σύζυγο).
5. Έκδοση Βιβλιαρίου Ασθενείας για τον ανασφάλιστο σύζυγο
6. Έκδοση Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθένειας ΙΚΑ (Για τα Τέκνα).
7. Ανανέωση Οικογενειακού Βιβλιαρίου Ασθένειας ΙΚΑ (Για τα Τέκνα).
8. Χορήγηση Βοηθήματος Τοκετού ΙΚΑ
9. Χορήγηση Εξόδων Κηδείας Ι.Κ.Α.
10. Ασφάλιση σε ανέργους έως 29 ετών
11. Ασφάλιση σε ανέργους από 30 έως 55 ετών
12. Ασφάλιση σε ανέργους άνω των 55 ετών
13. Έκδοση βεβαίωσης περί μη συνταξιοδότησης από το ΙΚΑ
14. Έκδοση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης ΙΚΑ
15. Χορήγηση επιδόματος ασθενείας
16. Χορήγηση επιδόματος Κυοφορίας - Λοχείας.

γ. ΟΤΑ.

1. Χορήγηση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης στον Ο.Γ.Α.

2. Χορήγηση Βεβαίωσης περί μη Συνταξιοδότησης από τον Ο.Γ.Α.

3. Χορήγηση εξωιδρυματικού επιδόματος παραπληγίας - τετραπληγίας Ο.Γ.Α.

δ. ΤΣΜΕΔΕ

1. Αναγνώριση Προϋπηρεσίας στο Δημόσιο, Ο.Τ.Α., κ.λπ.

2. Αναγνώριση Χρόνου συμμετοχής στην Εθνική Αντίσταση

3. Αναγνώριση Χρόνου Εξωτερικού Πολιτικών Προσφύγων

4. Αναγνώριση Χρόνου Μαθητείας σε Στρατιωτικές Σχολές

5. Αναγνώριση Χρόνου Στρατιωτικής θητείας

6. Ανανέωση Βιβλιαρίου Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

7. Αποστολή Σύνταξης σε Λογαριασμό της Ε.Τ.Ε

8. Βεβαίωση Ασφάλισης για Ειδικό Λογαριασμό Πρόσθετων Παροχών

9. Βεβαίωση Ασφάλισης για κύρια Σύνταξη ΤΣΜΕΔΕ

10. Βεβαίωση Ασφαλιστικής Ενημερότητας ΤΣΜΕΔΕ

11. Βεβαίωση Συνταξιούχου ΤΣΜΕΔΕ

12. Διαγραφή από τον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

13. Εγγραφή αμέσου Μέλους στον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

14. Εγγραφή Συζύγου στον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

15. Εγγραφή Τέκνου/Τέκνων στον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

16. Έκδοση νέου Βιβλιαρίου Υγείας ΤΣΜΕΔΕ (σε αντικατάσταση απολεσθέντος άμεσα ασφαλισμένου ή συζύγου ή τέκνου)

17. Επανεγγραφή άμεσου μέλους στον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ

18. Χορήγηση Εξόδων Κηδείας ΤΣΜΕΔΕ

19. Μεταβίβαση Σύνταξης σε χήρες και ορφανά λόγω θανάτου του Συνταξιούχου

20. Βεβαίωση Ασφάλισης για τον Κλάδο Υγείας ΤΣΜΕΔΕ.

ε. Τ.Σ.Α.Υ.

1. Έξοδα Κηδείας Συνταξιούχου ΤΣΑΥ

2. Έξοδα Κηδείας Ασφαλισμένου ΤΣΑΥ

3. Απονομή Σύνταξης θανάτου ΤΣΑΥ σε Χήρες και Ορφανά Συνταξιούχων

4. Απονομή Σύνταξης θανάτου ΤΣΑΥ σε Χήρες και Ορφανά Ασφαλισμένων

5. Συνέχιση Σύνταξης Ανικανότητας

6. Χορήγηση Επιδόματος παραπληγίας ή τυφλότητας σε Συνταξιούχους ΤΣΑΥ λόγω γήρατος, θανάτου ή αναπηρίας

7. Χορήγηση Επιδόματος απολύτου Αναπηρίας σε Συνταξιούχους ΤΣΑΥ έμμεσα ασφαλισμένους.

Για τη διευκόλυνση της λειτουργίας των Κ.Ε.Π. και των πολιτών σε κάθε διοικητική διαδικασία αντιστοιχεί ιδιαίτερο έντυπο αίτησης. Τα έντυπα που αντιστοιχούν σε κάθε μια από τις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλη αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 8 Ιουλίου

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ	ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΠΕΝΟΣ	**ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΕΠΠΑΣ**

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Βεβαίωσης Ποσού Σύνταξης ΤΕΒΕ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Επάγγελμα :							
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Μεταφορά Επαγγελματικής Στέγης – Αλλαγή Επαγγέλματος».

		Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
ΠΡΟΣ:	*			
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Επάγγελμα :		Παλαιός Ασφαλισμένος : ☐		Νέος Ασφαλισμένος: ☐			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ (3)
Α. ΕΠΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ			
1. Μεταβολή – Μετάταξη από ΔΟΥ.	☐	☐	☐
2.Μισθωτήριο συμβόλαιο της νέας έδρας θεωρημένο από ΔΟΥ.	☐	☐	
3. Υπ. Δήλωση Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο	☐	☐	
4. Προσκόμιση ατομικών βιβλιαρίων εισφορών	☐	☐	
5. Εξουσιοδότηση του ασφαλισμένου με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής όταν η αίτηση υποβάλλεται από τρίτο πρόσωπο.	☐	☐	
Β. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ο. Ε. – Ε. Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον τροποποίηση καταστατικού σχετικά με την μεταφορά της επαγγελματικής έδρας θεωρημένο από το Πρωτοδικείο ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης .	☐	☐	
Γ. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ε.Π.Ε. ΚΑΙ Α.Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον ΦΕΚ που να έχει δημοσιευτεί ή τροποποίηση καταστατικού σχετικά με τη μεταφορά της επαγγελματικής έδρας ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α. ΕΠΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ			
1. Μεταβολή – Μετάταξη από ΔΟΥ.	☐	☐	☐
2.Μισθωτήριο συμβόλαιο της νέας έδρας θεωρημένο από ΔΟΥ.	☐	☐	
3. Υπ. Δήλωση Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο	☐	☐	
4. Προσκόμιση ατομικών βιβλιαρίων εισφορών	☐	☐	
5. Εξουσιοδότηση του ασφαλισμένου με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής όταν η αίτηση υποβάλλεται από τρίτο πρόσωπο.	☐	☐	
Β. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ο. Ε. – Ε. Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον τροποποίηση καταστατικού σχετικά με την μεταφορά της επαγγελματικής έδρας θεωρημένο από το Πρωτοδικείο ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης .	☐	☐	
Γ. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ε.Π.Ε. ΚΑΙ Α.Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον ΦΕΚ που να έχει δημοσιευτεί ή τροποποίηση καταστατικού σχετικά με τη μεταφορά της επαγγελματικής έδρας ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Μεταφορά Επαγγελματικής Στέγης - Ιδίου Επαγγέλματος».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ (3)
Α. ΕΠΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ			
1. Μεταβολή – Μετάταξη από ΔΟΥ.	☐	☐	☐
2.Μισθωτήριο συμβόλαιο της νέας έδρας θεωρημένο από ΔΟΥ.	☐	☐	
3. Υπ. Δήλωση Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο	☐	☐	
4. Προσκόμιση ατομικών βιβλιαρίων εισφορών	☐	☐	
5. Εξουσιοδότηση του ασφαλισμένου με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής όταν η αίτηση υποβάλλεται από τρίτο πρόσωπο.	☐	☐	
Β. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ο. Ε. – Ε. Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον τροποποίηση καταστατικού σχετικά με την μεταφορά της επαγγελματικής έδρας θεωρημένο από το Πρωτοδικείο ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης .	☐	☐	
Γ. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ε.Π.Ε. ΚΑΙ Α.Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον ΦΕΚ που να έχει δημοσιευτεί ή τροποποίηση καταστατικού σχετικά με τη μεταφορά της επαγγελματικής έδρας ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

---

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
Α. ΕΠΙ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ			
1. Μεταβολή – Μετάταξη από ΔΟΥ.	☐	☐	☐
2.Μισθωτήριο συμβόλαιο της νέας έδρας θεωρημένο από ΔΟΥ.	☐	☐	
3. Υπ. Δήλωση Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο	☐	☐	
4. Προσκόμιση ατομικών βιβλιαρίων εισφορών	☐	☐	
5. Εξουσιοδότηση του ασφαλισμένου με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής όταν η αίτηση υποβάλλεται από τρίτο πρόσωπο.	☐	☐	
Β. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ο. Ε. – Ε. Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον τροποποίηση καταστατικού σχετικά με την μεταφορά της επαγγελματικής έδρας θεωρημένο από το Πρωτοδικείο ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης .	☐	☐	
Γ. ΕΠΙ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ Ε.Π.Ε. ΚΑΙ Α.Ε.			
Όλα τα παραπάνω υπό (Α) και επί πλέον ΦΕΚ που να έχει δημοσιευτεί ή τροποποίηση καταστατικού σχετικά με τη μεταφορά της επαγγελματικής έδρας ή το καταστατικό της νέας επιχείρησης.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης αναπηρίας ΤΕΒΕ (για επιδείνωση αναπηρίας)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Πιστοποιητικό Ιατρού	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Ιατρού	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή σύνταξης ΤΕΒΕ λόγω θανάτου συνταξιούχου»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Ονοματεπώνυμο Θανόντος:		Δ/νση Επαγγελματικής Έδρας:		Ημερομηνία Θανάτου:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση* στην οποία δηλώνεται εάν ο επιζών σύζυγος εργάζεται και εάν λαμβάνει ή δεν λαμβάνει σύνταξη εξ' ιδίου δικαιώματος από το ΤΕΒΕ.	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης **(εφόσον υπάρχουν ανήλικα τέκνα)**	☐	☐	☐
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
4. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό περί μη λύσεως γάμου	☐	☐	☐
6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, **αφού έχει προηγηθεί ένορκη βεβαίωση σε ειρηνοδικείο**	☐	☐	
7. Συνταξιοδοτικό βιβλιάριο του θανόντος	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η Υπεύθυνη Δήλωση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση* στην οποία δηλώνεται εάν ο επιζών σύζυγος εργάζεται και εάν λαμβάνει ή δεν λαμβάνει σύνταξη εξ' ιδίου δικαιώματος από το ΤΕΒΕ.	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης **(εφόσον υπάρχουν ανήλικα τέκνα)**	☐	☐	☐
3. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
4. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό περί μη λύσεως γάμου	☐	☐	☐
6. Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, **αφού έχει προηγηθεί ένορκη βεβαίωση σε ειρηνοδικείο**	☐	☐	
7. Συνταξιοδοτικό βιβλιάριο του θανόντος	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παράταση σύνταξης αναπηρίας ΤΕΒΕ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνταξιοδοτικό βιβλιάριο	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:

Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Συνταξιοδοτικό βιβλιάριο	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση περί μη συνταξιοδότησης ΤΕΒΕ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία)	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία)	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση περί μη ασφάλισης ΤΕΒΕ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :		Αριθ:		ΤΚ:			
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Ο.Α.Ε.Ε./Τ.Ε.Β.Ε.	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παραπομπή στην ανώτατη υγειονομική επιτροπή ΤΕΒΕ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ΤΕΒΕ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Ε.Β.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Δ/νση Επαγγελματικής Στέγης :				Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:			ΑΔΤ:		
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
2, Ασφαλιστικά βιβλιάρια ΤΕΒΕ	□	□	
3. Ασφαλιστικά βιβλιάρια άλλου φορέα	□	□	
4. Πιστοποιητικό Ιατρού (Τέτρα-Παραπληγικοί, Τυφλοί)	□	□	
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο).	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2, Ασφαλιστικά βιβλιάρια ΤΕΒΕ	☐	☐	
3. Ασφαλιστικά βιβλιάρια άλλου φορέα	☐	☐	
4. Πιστοποιητικό Ιατρού (Τέτρα-Παραπληγικοί, Τυφλοί)	☐	☐	
5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 που είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο).	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ (ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια	☐	☐	
2. Φωτογραφίες	☐	☐	
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………20…………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια	☐	☐	
2. Φωτογραφίες	☐	☐	
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ (ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα).**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ Ή ΣΥΖΥΓΟΥ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια	☐	☐	
2. Βιβλιάριο Ασθενείας	☐	☐	
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 ..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια	☐	☐	
2. Βιβλιάριο Ασθενείας	☐	☐	
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής Ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΈΚΔΟΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΖΥΓΟ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο συζύγου	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ).	☐	☐	
4. Έγχρωμη φωτογραφία (1)	☐	☐	
5. Βιβλιάριο ασθένειας συζύγου	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο συζύγου	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
3. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία και στα ΚΕΠ).	☐	☐	
4. Έγχρωμη φωτογραφία (1)	☐	☐	
5. Βιβλιάριο ασθένειας συζύγου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ (ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΖΥΓΟ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** Ι.Κ.Α. (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνησίου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο συζύγου	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
3. Βιβλιάριο ασθενείας συζύγου	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20.............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικό Βιβλιάριο συζύγου	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
3. Βιβλιάριο ασθενείας συζύγου	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟ ΣΥΖΥΓΟ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* ότι ο σύζυγος είναι ανεργος	□	□	
2. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των δύο συζύγων	□	□	
3. Ληξιαρχική πράξη γάμου	□	□	□
4. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης	□	□	
5. Ασφαλιστικά βιβλιάρια	□	□	
6. Έγχρωμες φωτογραφίες (1)	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*Η Υπεύθυνη Δήλωση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* ότι ο σύζυγος είναι ανεργος	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας των δύο συζύγων	☐	☐	
3. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
4. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης	☐	☐	
5. Ασφαλιστικά βιβλιάρια	☐	☐	
6. Έγχρωμες φωτογραφίες (1)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΈΚΔΟΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ (ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΚΝΑ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα).**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια Γονέα	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων	☐	☐	☐
3. Έγχρωμες φωτογραφίες (1)	☐	☐	
4. Βιβλιάριο ασθενείας γονέα	☐	☐	
5. Οικογενειακό βιβλιάριο ασθενείας	☐	☐	
6. Υπεύθυνη δήλωση* ότι το τέκνο είναι άνεργο (**μόνο για όσα έχουν συμπληρώσει το 18° έτος της ηλικίας τους)**	☐	☐	
7. Βεβαίωση εκπαιδευτικού ιδρύματος **(μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνω των 18 ετών)**	☐	☐	☐
8. Απόφαση Υγειονομικής επιτροπής – ΑΥΕ **(μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας)**	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 ..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια Γονέα	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνων	☐	☐	☐
3. Έγχρωμες φωτογραφίες (1)	☐	☐	
4. Βιβλιάριο ασθενείας γονέα	☐	☐	
5. Οικογενειακό βιβλιάριο ασθενείας	☐	☐	
6. Υπεύθυνη δήλωση* ότι το τέκνο είναι άνεργο (**μόνο για όσα έχουν συμπληρώσει το 18° έτος της ηλικίας τους**)	☐	☐	
7. Βεβαίωση εκπαιδευτικού ιδρύματος (**μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνω των 18 ετών**)	☐	☐	☐
8. Απόφαση Υγειονομικής επιτροπής – ΑΥΕ (**μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας**)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ (ΓΙΑ ΤΑ ΤΕΚΝΑ)»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια Γονέα	□	□	
2. Βιβλιάριο ασθενείας γονέα	□	□	
3. Οικογενειακό βιβλιάριο ασθενείας	□	□	
4. Υπεύθυνη δήλωση* ότι το τέκνο είναι άνεργο (**μόνο για όσα έχουν συμπληρώσει το 18° έτος της ηλικίας τους)**	□	□	
5. Βεβαίωση εκπαιδευτικού ιδρύματος **(μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνω των 18 ετών)**	□	□	□
6. Απόφαση Υγειονομικής επιτροπής – ΑΥΕ **(μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας)**	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η Υπεύθυνη Δήλωση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20...............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια Γονέα	☐	☐	
2. Βιβλιάριο ασθενείας γονέα	☐	☐	
3. Οικογενειακό βιβλιάριο ασθενείας	☐	☐	
4. Υπεύθυνη δήλωση ότι το τέκνο είναι άνεργο (**μόνο για όσα έχουν συμπληρώσει το 18° έτος της ηλικίας τους)**	☐	☐	
5. Βεβαίωση εκπαιδευτικού ιδρύματος **(μόνο για τα τέκνα που σπουδάζουν και είναι άνω των 18 ετών)**	☐	☐	☐
6. Απόφαση Υγειονομικής επιτροπής – ΑΥΕ **(μόνο για τα ανίκανα για κάθε βιοποριστική εργασία τέκνα ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας)**	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΒΟΗΘΗΜΑΤΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια συζύγου ή της ίδιας της συζύγου εφόσον είναι εργαζόμενη	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου	☐	☐	☐
3. Βιβλιάριο ασθενείας συζύγου ή της ίδιας	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Σε περίπτωση παθολογικής ανέλιξης του τοκετού, εκτός από το βοήθημα τοκετού παρέχεται και νοσοκομειακή περίθαλψη (σύμφωνα με την κρατική διατίμηση).

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :

Το εφάπαξ βοήθημα τοκετού δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένες, οι συνταξιούχοι και οι γυναίκες των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων και καταβάλλεται αντί μαιευτικής περίθαλψης 6 ημερών.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως εργάσιμες ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 ..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια συζύγου ή της ίδιας της συζύγου εφόσον είναι εργαζόμενη	☐	☐	
2. Ληξιαρχική πράξη γέννησης τέκνου	☐	☐	☐
3. Βιβλιάριο ασθενείας συζύγου ή της ίδιας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως εργάσιμες ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΞΟΔΩΝ ΚΗΔΕΙΑΣ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Ονοματεπώνυμο Θανόντος:		Δ/νση Επαγγελματικής Έδρας:			Ημερομηνία Θανάτου:		

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικό βιβλιάριο **(εάν ο αποθανών ήταν εργαζόμενος)**	☐	☐	
2. Βεβαίωση διακοπής σύνταξης **(εάν ο αποθανών ήταν συνταξιούχος)**	☐	☐	☐
3. Απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης θανάτου	☐	☐	☐
4. Βιβλιάριο ασθενείας αποθανόντος	☐	☐	
5. Διπλότυπη απόδειξη από γραφείο κηδειών	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
Χορηγούνται έξοδα για την κηδεία του άμεσα ασφαλισμένου ή συνταξιούχου λόγω γήρατος, αναπηρίας, θανάτου.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:
Για να χορηγηθούν τα έξοδα κηδείας πρέπει ο άμεσα ασφαλισμένος να έχει πραγματοποιήσει (100) ημέρες εργασίας τον προηγούμενο χρόνο.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 ..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικό βιβλιάριο **(εάν ο αποθανών ήταν εργαζόμενος)**	☐	☐	
2. Βεβαίωση διακοπής σύνταξης **(εάν ο αποθανών ήταν συνταξιούχος)**	☐	☐	☐
3. Απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης θανάτου	☐	☐	☐
4. Βιβλιάριο ασθενείας αποθανόντος	☐	☐	
5. Διπλότυπη απόδειξη από γραφείο κηδειών	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΕ ΑΝΕΡΓΟΥΣ ΕΩΣ 29 ΕΤΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* **ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86* ότι είναι ανασφάλιστος, δε σπουδάζει και όταν αναλάβει εργασία ή ασφαλιστεί με οποιοδήποτε τρόπο στον κλάδο Ασθενείας του ΙΚΑ ή άλλου Οργανισμού θα το δηλώσει στο Υποκατάστημα του ΙΚΑ.	☐	☐	
2. Βεβαίωση Ο.Α.Ε.Δ.	☐	☐	☐
3. Βιβλιάριο Ασθενείας **(εάν υπάρχει)**	☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η Υπεύθυνη Δήλωση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86* ότι είναι ανασφάλιστος, δε σπουδάζει και όταν αναλάβει εργασία ή ασφαλιστεί με οποιοδήποτε τρόπο στον κλάδο Ασθενείας του ΙΚΑ ή άλλου Οργανισμού θα το δηλώσει στο Υποκατάστημα του ΙΚΑ.	□	□	
2. Βεβαίωση Ο.Α.Ε.Δ.	□	□	□
3. Βιβλιάριο Ασθενείας **(εάν υπάρχει)**	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΚΑ ΣΕ ΑΝΕΡΓΟΥΣ ΑΠΟ 30 ΕΩΣ 55 ΕΤΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα).

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:	
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:	
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:	
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:	
Ημερομηνία γέννησης[1]:		Τόπος Γέννησης:	
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	
Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:	
E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:	
Τ.Κ:			
Τηλ:		Fax:	
E – mail:			

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* (η αίτηση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο)	□	□	
2. Βεβαιώσεις χρόνου ασφάλισης σε άλλους φορείς, εφόσον έχει ασφαλιστεί σε αυτούς.	□	□	□
3. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια ΙΚΑ	□	□	
4. Βιβλιάρια Ασθενείας (εάν υπάρχουν)	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* στο κείμενο δηλώνεται ότι: «είναι ανασφάλιστος για τον κλάδο ασθενείας και ότι μόλις αναλάβει εργασία θα το δηλώσει στον ασφαλιστικό του φορέα.», επίσης θα δηλώνει και όλους τους ασφαλιστικούς φορείς σε περίπτωση ασφάλισής του σε άλλους εκτός του ΙΚΑ φορείς.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* (η αίτηση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο)	☐	☐	
2. Βεβαιώσεις χρόνου ασφάλισης σε άλλους φορείς, εφόσον έχει ασφαλιστεί σε αυτούς.	☐	☐	☐
3. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια ΙΚΑ	☐	☐	
4. Βιβλιάρια Ασθενείας (εάν υπάρχουν)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΙΚΑ ΣΕ ΑΝΕΡΓΟΥΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 55 ΕΤΩΝ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* **ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* ότι δεν έχει άλλο χρόνο ασφάλισης εκτός αυτού που περιλαμβάνεται στα προσκομισθέντα βιβλιάρια ή στις Βεβαιώσεις	☐	☐	
2. Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ	☐	☐	☐
3. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια του ΙΚΑ ή άλλου φορέα εάν έχει ασφάλιση σε άλλους φορείς, στα οποία απεικονίζεται ο συνολικός χρόνος ασφάλισης. **Σε περίπτωση έλλειψης Ασφαλιστικών Βιβλιαρίων απαιτείται Βεβαίωση από το φορέα**.	☐	☐	
4. Βεβαίωση του φορέα για τη διακοπή άσκησης επαγγέλματος **(εάν έχει χρόνο ασφάλισης σε φορέα αυτοαπασχολούμενων)**	☐	☐	☐
5. Βιβλιάρια Ασθενείας **(αν υπάρχουν)**	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η Υπεύθυνη Δήλωση είναι ενσωματωμένη στο έντυπο

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86* ότι δεν έχει άλλο χρόνο ασφάλισης εκτός αυτού που περιλαμβάνεται στα προσκομισθέντα βιβλιάρια ή στις Βεβαιώσεις	☐	☐	
2. Βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ	☐	☐	☐
3. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια του ΙΚΑ ή άλλου φορέα εάν έχει ασφάλιση σε άλλους φορείς, στα οποία απεικονίζεται ο συνολικός χρόνος ασφάλισης. **Σε περίπτωση έλλειψης Ασφαλιστικών Βιβλιαρίων απαιτείται Βεβαίωση από το φορέα.**	☐	☐	
4. Βεβαίωση του φορέα για τη διακοπή άσκησης επαγγέλματος **(εάν έχει χρόνο ασφάλισης σε φορέα αυτοαπασχολούμενων)**	☐	☐	☐
5. Βιβλιάρια Ασθενείας **(αν υπάρχουν)**	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΕΡΙ ΜΗ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[(4)] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ ΠΕΡΙ ΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία)	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........................20..............

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας			

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα).**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	
3. Βιβλιάρια ασθενείας (ατομικό και οικογενειακό)	☐	☐	
4. Βεβαίωση διακοπής εργασίας	☐	☐	
5. Γνωμάτευση ανικανότητας θεράποντα ιατρού	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..........
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..........
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..........

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

..........20..........

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας	☐	☐	
3. Βιβλιάρια ασθενείας (ατομικό και οικογενειακό)	☐	☐	
4. Βεβαίωση διακοπής εργασίας	☐	☐	
5. Γνωμάτευση ανικανότητας θεράποντα ιατρού	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΙΚΑ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΕΠΙΔΟΜΑΤΟΣ ΚΥΟΦΟΡΙΑΣ – ΛΟΧΕΙΑΣ ΙΚΑ»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

*** ΙΚΑ (οικείο υποκατάστημα)**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια (των δύο τελευταίων ετών)	☐	☐	
2. Δήλωση του εργοδότη ότι σταμάτησε να εργάζεται (το έντυπο χορηγείται από το ΙΚΑ)	☐	☐	
3. Βιβλιάρια Ασθενείας (ατομικό και οικογενειακό)	☐	☐	
4. Βεβαίωση του Γυναικολόγου του ΙΚΑ για την πιθανή ημέρα τοκετού	☐	☐	
5. Ληξιαρχική Πράξη γέννησης του παιδιού (για το επίδομα λοχείας)	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ασφαλιστικά Βιβλιάρια (των δύο τελευταίων ετών)	☐	☐	
2. Δήλωση του εργοδότη ότι σταμάτησε να εργάζεται (το έντυπο χορηγείται από το ΙΚΑ)	☐	☐	
3. Βιβλιάρια Ασθενείας (ατομικό και οικογενειακό)	☐	☐	
4. Βεβαίωση του Γυναικολόγου του ΙΚΑ για την πιθανή ημέρα τοκετού	☐	☐	
5. Ληξιαρχική Πράξη γέννησης του παιδιού (για το επίδομα λοχείας)	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡΓ-ΚΑ	ΓΓΚΑ	ΟΓΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης στον ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Ο.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐		

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :

*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 θα δηλώνεται ότι ο ενδιαφερόμενος δεν είναι ασφαλισμένος στον ΟΓΑ και ότι δεν εκκρεμεί αίτησή του για ασφάλιση στον ΟΓΑ.**
Ακόμα ο αιτών θα πρέπει να δηλώνει σε ποια Υπηρεσία και για ποιο λόγο θα χρησιμοποιήσει τη βεβαίωση.
ΠΡΟΣΟΧΗ :
Η βεβαίωση «περί μη ασφάλισης στον ΟΓΑ» δεν χορηγείται από τον ΟΓΑ στις παρακάτω περιπτώσεις :

- **Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για έκδοση-θεώρηση των βιβλιαρίων Υγείας των προστατευόμενων μελών των ασφαλισμένων άλλων Ταμείων (τα άλλα Ταμεία θα πρέπει να αναζητήσουν άλλους τρόπους για να ελέγξουν αν ο αιτών δικαιούται περίθαλψης από τον ΟΓΑ).**
- **Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για έκδοση-θεώρηση βιβλιαρίων Υγείας ανασφαλίστων, από τις Δ/νσεις Πρόνοιας, η βεβαίωση αυτή έχει αντικατασταθεί με υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος (ΦΕΚ 193/Β/20-2-2002)**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡΓ-ΚΑ	ΓΓΚΑ	ΟΓΑ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης περί μη συνταξιοδότησης από τον ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Ο.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :

*** Στην υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 θα δηλώνεται ότι ο ενδιαφερόμενος είναι συνταξιούχος του ΟΓΑ ή ότι έχει υποβάλει αίτηση για συνταξιοδότηση από τον ΟΓΑ.**
Σε καταφατική περίπτωση που και πότε την έχει υποβάλει .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής ταυτότητας (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
2. Υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	□	□	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠ.ΕΡΓ.	Γ.Γ.ΚΟΙΝ.ΑΣΦ.	ΟΓΑ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση εξωιδρυματικού επιδόματος παραπληγίας-τετραπληγίας ΟΓΑ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Ο.Γ.Α.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 στην οποία ο ενδιαφερόμενος αναφέρει ότι δικαιούται περίθαλψη από τον ΟΓΑ και σημειώνει τον αριθμό του βιβλιαρίου του. (Η υπεύθυνη δήλωση είναι ενσωματωμένη στην παρούσα αίτηση).	☐	☐	
2) Υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος ότι δεν παίρνει σύνταξη από άλλη πηγή, ή παρόμοιο επίδομα από άλλο ασφαλιστικό φορέα και ότι δεν περιθάλπεται σε άσυλο (εμπεριέχεται στην παρούσα αίτηση)	☐	☐	
3) Βεβαίωση του Ανταποκριτή του ΟΓΑ, για την περιουσιακή κατάσταση και βιοποριστική απασχόλησή του αιτούντος, τα χρονικά διαστήματα και τις περιοχές όπου απασχολήθηκε, καθώς και τον τόπο διαμονής του κατά το χρόνο άσκησης του επαγγέλματος που δηλώνει. Στην περίπτωση που ο αιτών είναι μέλος οικογένειας ασφαλισμένου, η ανωτέρω βεβαίωση θα αφορά στο πρόσωπο από το οποίο έλκει τα δικαιώματά του.	☐	☐	☐
4) Πρόσφατη βεβαίωση Κρατικού Νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών πάσχει από τετραπληγία ή παραπληγία ή σε περίπτωση που ο αιτών περιθάλπεται σε άσυλο βεβαίωση του ασύλου από την οποία να προκύπτει η πάθηση του αιτούντος, το χρονικό διάστημα της περίθαλψης και ποιος καταβάλλει τη σχετική δαπάνη.	☐	☐	
5) Το τελευταίο απόκομμα πληρωμής της σύνταξης (υποβάλλεται από τα πρόσωπα που είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α.)	☐	☐	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ:

Ο ασφαλισμένος (συνταξιούχος ή μη) του Ο.Γ.Α., καθώς και τα μέλη της οικογένειάς του δικαιούται μηνιαίου εξωϊδρυματικού επιδόματος εφόσον συντρέχουν οι κατωτέρω προϋποθέσεις:

Α) Κριθεί από την Ειδική Υγειονομική Επιτροπή ότι πάσχει από τετραπληγία ή παραπληγία και είναι ανάπηρος με ποσοστό ιατρικής αναπηρίας 67% και άνω, έστω και προσωρινά.

Β) Έχει απασχοληθεί κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα όλο το δωδεκάμηνο πριν από την ημερομηνία που έγινε τετραπληγικός ή παραπληγικός σε εργασίες, για τις οποίες τα πρόσωπα που τις ασκούν υπάγονται στην ασφάλιση του ΟΓΑ ή ήταν συνταξιούχος του ΟΓΑ, όταν έπαθε την αναπηρία του αυτή. (Για τον ασφαλισμένο ο οποίος έγινε ανάπηρος από εργατικό ατύχημα, αρκεί απασχόληση και υπαγωγή στην ασφάλιση μιας μόνο ημέρας).

Γ) Δεν λαμβάνει σύνταξη από οποιαδήποτε άλλη, εκτός του ΟΓΑ πηγή, εκτός των εξαιρέσεων για τις συντάξεις γήρατος (την πολεμική σύνταξη, τη σύνταξη που καταβάλλεται από το Ελληνικό Δημόσιο στα θύματα ή αναπήρους που έπαθαν στην υπηρεσία του και εξαιτίας αυτής, τη σύνταξη που χορηγεί το Ταμείο Επικουρικής ασφάλισης Αρτοποιών στους ασφαλισμένους του, τη χορηγία των Δημάρχων και Προέδρων Κοινοτήτων και τη σύνταξη από το εξωτερικό, εφόσον είναι μικρότερη της σύνταξης του ΟΓΑ ή έχει χορηγηθεί από χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή χώρα με την οποία έχει συναφθεί διμερής σύμβαση κοινωνικής ασφαλείας) ή παρόμοιο επίδομα ή

προσαύξηση της σύνταξής του λόγω απόλυτης αναπηρίας ή παραπληγίας από οποιαδήποτε πηγή, στην οποία περιλαμβάνεται και ο ΟΓΑ.
Δ) Δεν περιθάλπεται σε άσυλο ανιάτων ή ίδρυμα ασυλικού ή προνοιακού χαρακτήρα ή δεν νοσηλεύεται σε ψυχιατρείο με δαπάνες του ΟΓΑ ή του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ.

Τα μέλη της οικογενείας του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου του ΟΓΑ, ανεξάρτητα από την ηλικία τους έχουν δικαίωμα για την χορήγηση μηνιαίου εξωιδρυματικού επιδόματος παραπληγίας-τετραπληγίας, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις με στοιχεία **α, γ** και **δ** και το πρόσωπο από το οποίο έλκουν το δικαίωμά τους ήταν, είτε συνταξιούχος του ΟΓΑ, είτε επιδοματούχος λόγω παραπληγίας-τετραπληγίας κατά την ημέρα υποβολής της αίτησης για τη χορήγηση του επιδόματος ή κατά την ημέρα του θανάτου, είτε ασφαλισμένος του ΟΓΑ ολόκληρο το δωδεκάμηνο προ της ημερομηνίας υποβολής της αίτησης για τη χορήγηση του επιδόματος ή προ του θανάτου του.

Το ποσό του επιδόματος παραπληγίας –τετραπληγίας είναι ίσο με το 20πλάσιο του ημερομισθίου του ανειδίκευτου εργάτη, όπως αυτό καθορίζεται κάθε φορά.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: Η αίτηση μαζί με τα δικαιολογητικά διαβιβάζεται στον Ανταποκριτή του ΟΓΑ του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου ή του τόπου πληρωμής της σύνταξης εφόσον πρόκειται για συνταξιούχο του ΟΓΑ.

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1.Ερώτηση: Παίρνετε σύνταξη από οποιαδήποτε άλλη, εκτός του ΟΓΑ πηγή ή προσαύξηση της σύνταξής σας λόγω απόλυτης αναπηρίας ή επίδομα παραπληγικού – τετραπληγικού από οποιαδήποτε πηγή, συμπεριλαμβανομένου και του ΟΓΑ (Ελληνικό Δημόσιο, άλλο ελληνικό ή ξένο ταμείο κλπ); Αν ναι, να γράψετε αναλυτικά τι παίρνετε και από πού και να επισυνάψετε στην αίτηση το τελευταίο απόκομμα πληρωμής της σύνταξης – του επιδόματος.

2.Ερώτηση: Τι επάγγελμα ή επαγγέλματα ασκούσατε όταν γίνατε ανάπηρος και από πότε το/τα ασκούσατε;

3.Ερώτηση: Είστε γραμμένος στα Μητρώα του Κλάδου Πρόσθετης ή Κύριας Ασφάλισης του ΟΓΑ και αν ναι, ποιος ο Αριθμός Μητρώου σας;

4.Ερώτηση: Είστε σήμερα ή ήσαστε στο παρελθόν ασφαλισμένος για τον Κλάδο ασθενείας σε άλλο εκτός του ΟΓΑ Ταμείο; Αν ναι, σε ποιο και ποιος είναι/ήταν ο Αριθμός Μητρώου σας;

5.Ερώτηση: Είστε τρόφιμος σε Άσυλο ανιάτων ή Ίδρυμα ασυλικού ή προνοιακού χαρακτήρα ή νοσηλεύεστε σε ψυχιατρείο; Αν η απάντηση είναι ΝΑΙ, να υποβάλετε μαζί με τα άλλα δικαιολογητικά και Πιστοποιητικό του Ασύλου/Ιδρύματος/Ψυχιατρείου για τη διάρκεια της περίθαλψης και το ποιος επιβαρύνεται τη σχετική δαπάνη.

6.Ερώτηση: Έχετε υποβάλει αίτηση σε οποιοδήποτε άλλο εκτός ΟΓΑ Ταμείο για να σας χορηγηθεί σύνταξη ή επίδομα; Αν ΝΑΙ, σε ποιο Ταμείο έχετε υποβάλει την αίτηση και για ποια συγκεκριμένη παροχή;

7.Ερώτηση: Έχετε υποβάλει στο παρελθόν άλλη αίτηση στον ΟΓΑ για χορήγηση παραπληγικού επιδόματος η οποία απορρίφθηκε; Αν ΝΑΙ, να γράψετε τον αριθμό και την ημερομηνία έκδοσης της απορριπτικής απόφασης του ΟΓΑ.

1)

2)

3)

4)

5)

6)

7)

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών».



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1) Υπεύθυνη Δήλωση του ν. 1599/1986 στην οποία ο ενδιαφερόμενος αναφέρει ότι δικαιούται περίθαλψη από τον ΟΓΑ και σημειώνει τον αριθμό του βιβλιαρίου του. (Η υπεύθυνη δήλωση είναι ενσωματωμένη στην παρούσα αίτηση).	☐	☐	
2) Υπεύθυνη δήλωση του αιτούντος ότι δεν παίρνει σύνταξη από άλλη πηγή, ή παρόμοιο επίδομα από άλλο ασφαλιστικό φορέα και ότι δεν περιθάλπεται σε άσυλο (εμπεριέχεται στην παρούσα αίτηση)	☐	☐	
3) Βεβαίωση του Ανταποκριτή του ΟΓΑ, για την περιουσιακή κατάσταση και βιοποριστική απασχόλησή του αιτούντος, τα χρονικά διαστήματα και τις περιοχές όπου απασχολήθηκε, καθώς και τον τόπο διαμονής του κατά το χρόνο άσκησης του επαγγέλματος που δηλώνει. Στην περίπτωση που ο αιτών είναι μέλος οικογένειας ασφαλισμένου, η ανωτέρω βεβαίωση θα αφορά στο πρόσωπο από το οποίο έλκει τα δικαιώματά του.	☐	☐	☐
4) Πρόσφατη βεβαίωση Κρατικού Νοσοκομείου από την οποία να προκύπτει ότι ο αιτών πάσχει από τετραπληγία ή παραπληγία ή σε περίπτωση που ο αιτών περιθάλπεται σε άσυλο βεβαίωση του ασύλου από την οποία να προκύπτει η πάθηση του αιτούντος, το χρονικό διάστημα της περίθαλψης και ποιος καταβάλλει τη σχετική δαπάνη.	☐	☐	
5) Το τελευταίο απόκομμα πληρωμής της σύνταξης (υποβάλλεται από τα πρόσωπα που είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α.)	☐	☐	

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ: Η αίτηση μαζί με τα δικαιολογητικά διαβιβάζεται στον Ανταποκριτή του ΟΓΑ του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου ή του τόπου πληρωμής της σύνταξης εφόσον πρόκειται για συνταξιούχο του ΟΓΑ.

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Προϋπηρεσίας στο Δημόσιο, Ο.Τ.Α., κ.λ.π.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Δύναμης ΤΣΜΕΔΕ	Ειδικότητα	Αριθμός Μητρώου Τ.Ε.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο-Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό της υπηρεσίας που υπηρετήσατε *	☐	☐	☐
2. Πράξη ή Βεβαίωση του αρμόδιου φορέα συνταξιοδότησης * *	☐	☐	☐
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) ** *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Στο πιστοποιητικό θα αναφέρεται : « ***η χρονολογία διορισμού και αποχώρησης, η σχέση με την οποία υπηρετήσατε (μόνιμος, δόκιμος, με σύμβαση), ο βαθμός αποχώρησης, ο βασικός μισθός, το χρονοεπίδομα, η Α.Τ.Α. και το επίδομα εξομάλυνσης κατά την ημερομηνία υποβολής της αίτησης*** » .

** **Στην πράξη θα αναφέρεται ότι : « *δεν δικαιούσθε σύνταξη από το φορέα αυτό, για το χρόνο του οποίου ζητείται η αναγνώριση* ».**

*** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναφέρεται ότι: «

- ***ο χρόνος του οποίου ζητείται η αναγνώριση, δεν έχει αναγνωρισθεί σαν συντάξιμος από άλλο ασφαλιστικό φορέα κύριας ασφάλισης και ότι η απόφαση του ΤΣΜΕΔΕ θα είναι οριστική*** .
- ***δεν λάβατε χρηματικό βοήθημα κατά την έξοδο από την υπηρεσία ούτε σας επιστράφηκαν οι ασφαλιστικές σας εισφορές*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό της υπηρεσίας που υπηρετήσατε	☐	☐	☐
2. Πράξη ή Βεβαίωση του αρμόδιου φορέα συνταξιοδότησης	☐	☐	☐
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Χρόνου συμμετοχής στην Εθνική Αντίσταση».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Δύναμης ΤΣΜΕΔΕ	Ειδικότητα	Αριθμός Μητρώου Τ.Ε.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, όπου αναφέρεται ο χρόνος συμμετοχής στην Εθνική Αντίσταση	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό Γέννησης ή επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας **	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν έχει αναγνωρισθεί η Εθνική Αντίσταση στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης*** ».
** Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, όπου αναφέρεται ο χρόνος συμμετοχής στην Εθνική Αντίσταση	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
3. Πιστοποιητικό Γέννησης ή επικυρωμένο φωτοαντίγραφο της Αστυνομικής Ταυτότητας **	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Χρόνου Εξωτερικού Πολιτικών Προσφύγων».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Δύναμης ΤΣΜΕΔΕ	Ειδικότητα	Αριθμός Μητρώου Τ.Ε.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επίσημη μετάφραση πτυχίου και βεβαίωση ισοτιμίας	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) **	☐	☐	
4. Επικυρωμένα Φ/φα Αστυνομικής Ταυτότητας και των δύο συζύγων (εάν πρόκειται για σύζυγο) *	☐	☐	
5. Επικυρωμένη Ληξιαρχική Πράξη Γάμου (εάν πρόκειται για σύζυγο) *	☐	☐	☐
6. Επικυρωμένο Φωτ/φο Διαβατηρίου, όπου προκύπτει η ημερομηνία επαναπατρισμού *	☐	☐	
7. Βεβαίωση Ελληνικής Προξενικής Αρχής του τόπου εγκατάστασης ή άλλο μεταφρασμένο και επικυρωμένο έγγραφο Δημόσιας Αρχής της Ρουμανίας ή άλλης Ελληνικής Αρχής ***	☐	☐	
8. Βεβαίωση άλλου ασφαλιστικού φορέα για τον μέχρι (ημερομηνία ασφάλισης στο ΤΣΜΕΔΕ) χρόνο ασφάλισης στην Ελλάδα.	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Οι επικυρώσεις των Φωτ/φων πραγματοποιούνται στην υπηρεσία.

** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν έχει αναγνωρισθεί ο χρόνος απασχόλησης στην αλλοδαπή ως συντάξιμος χωρίς καταβολή εισφοράς εξαγοράς στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης στην Ελλάδα*** ».

*** Στη βεβαίωση « ***Βεβαιώνεται :***

- ***Η ιδιότητα του Έλληνα υπηκόου ή ομογενή, η εγκατάσταση στη Ρουμανία κατά την περίοδο του Εμφυλίου πολέμου(1.1.45-31/12/49), η ιδιότητα του συζύγου ή κατιόντα πολιτικού πρόσφυγα, καθώς και η ημερομηνία επαναπατρισμού στην περίπτωση που δεν υπάρχει διαβατήριο.***
- ***Ο χρόνος απασχόλησης και το αντίστοιχο επάγγελμα.***
- ***Η απόκτηση δικαιώματος σύνταξης λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου από φορέα συνταξιοδότησης της Ρουμανίας*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση ☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας ☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο. ☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας ☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Είμαι Έλληνας υπήκοος ή ομογενής, σύζυγος ή κατιών πολιτικού πρόσφυγα και έχω επαναπατρισθεί την από την

2. Είχα εγκατασταθεί κατά τη διάρκεια του εμφυλίου πολέμου (από 1.1.45-31.12.49 ή μεταγενέστερα λόγω των συνεπειών του στην

Και είχα ασχοληθεί εκεί ως από μέχρι

3, Στη χώρα προέλευσης ήμουν συνταξιούχος γήρατος ή αναπηρίας ή θανάτου. ☐

4. Έχω πραγματοποιήσει στην ασφάλιση του Ι.Κ.Α. ή του ( ) ημέρες εργασίας, από μέχρι ή δεν έχω πραγματοποιήσει στην Ελλάδα καμιά ημέρα ασφάλισης .

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επίσημη μετάφραση πτυχίου και βεβαίωση ισοτιμίας	☐	☐	
2. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) **	☐	☐	
4. Επικυρωμένα Φ/φα Αστυνομικής Ταυτότητας και των δύο συζύγων (εάν πρόκειται για σύζυγο) *	☐	☐	
5. Επικυρωμένη Ληξιαρχική Πράξη Γάμου (εάν πρόκειται για σύζυγο) *	☐	☐	☐
6. Επικυρωμένο Φωτ/φο Διαβατηρίου, όπου προκύπτει η ημερομηνία επαναπατρισμού *	☐	☐	
7. Βεβαίωση Ελληνικής Προξενικής Αρχής του τόπου εγκατάστασης ή άλλο μεταφρασμένο και επικυρωμένο έγγραφο Δημόσιας Αρχής της Ρουμανίας ή άλλης Ελληνικής Αρχής ***	☐	☐	
8. Βεβαίωση άλλου ασφαλιστικού φορέα για τον μέχρι (ημερομηνία ασφάλισης στο ΤΣΜΕΔΕ) χρόνο ασφάλισης στην Ελλάδα.	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Χρόνου Μαθητείας σε Στρατιωτικές Σχολές».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Δύναμης ΤΣΜΕΔΕ	Ειδικότητα	Αριθμός Μητρώου Τ.Ε.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν έχει αναγνωρισθεί θητεία σε Στρατιωτικές Σχολές στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης και εάν έχει γίνει ή όχι παύση επαγγέλματος*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :
1. Αν κατά την συγκεφαλαίωση του συντάξιμου χρόνου προκύπτει διάστημα ίσο τουλάχιστον προς έξι (6) μήνες λογίζεται ως πλήρες έτος (άρθρο 4 παρ. 4 ν. 2084/1992).

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναγνώριση Χρόνου Στρατιωτικής Θητείας».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Δύναμης ΤΣΜΕΔΕ	Ειδικότητα	Αριθμός Μητρώου Τ.Ε.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν έχει αναγνωρισθεί ο χρόνος στρατιωτικής θητείας στο Δημόσιο ή σε άλλο φορέα Κύριας Ασφάλισης και εάν έχει γίνει ή όχι παύση επαγγέλματος*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ :
1. Αν κατά την συγκεφαλαίωση του συντάξιμου χρόνου προκύπτει διάστημα ίσο τουλάχιστον προς έξι (6) μήνες λογίζεται ως πλήρες έτος (άρθρο 4 παρ. 4 ν. 2084/1992).

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:					
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄	☐	☐	☐
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : « Ανανέωση Βιβλιαρίου Υγείας ΤΣΜΕΔΕ ».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Αριθμός Βιβλιαρίου Υγείας	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/Συνταξιούχου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	
2. Βεβαίωση Εργοδότη για το χρόνο απασχόλησης	☐	☐	
3. Βιβλιάριο Ασθένειας	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	☐	☐	
2. Βεβαίωση Εργοδότη για το χρόνο απασχόλησης	☐	☐	
3. Βιβλιάριο Ασθένειας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αποστολή Σύνταξης σε Λογαριασμό της Ε.Τ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου ή Αριθμός Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία Ατομικού Λογαριασμού	☐	☐	
2. Δήλωση της υπηρεσίας	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ ΤΟ (Επωνυμία Νομικού Προσώπου που απευθύνεται η επιστολή)

(τόπος) (ημερομηνία)

Με την παρούσα που κοινοποιώ και στην Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος σας παρέχω την ανέκκλητη, ως αφορώσα και το δικό σας συμφέρον, πληρεξουσιότητα, σε περίπτωση πίστωσης από το Μηχανογραφικό Κέντρο της τράπεζας του υπ΄ αριθμ.* λογαριασμού καταθέσεων* που τηρείται στο Κατάστημα* με ποσό που δεν μου οφείλεται (λόγω θανάτου ή παραδρομής ή λάθους του Ταμείου) να αναλαμβάνεται το ποσό αυτό ή να ζητείται με εντολή σας προς την παραπάνω Τράπεζα, να πιστώνεται συμψηφιστικά σ΄ αυτήν επ΄ ονόματι του Ταμείου Λογαριασμός με το ανάλογο ποσό με χρέωσή του στην Τράπεζα αυτή του ως άνω λογ/σμού μου. Η παρούσα πληρεξουσιότητά μου ισχύει και μετά το θάνατό μου, η δε Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος παραγγέλλεται να καταβάλει στο Ταμείο ή να φέρει σε πίστωση του λογ/σμού του με χρέωση του παραπάνω λογ/σμού του με χρέωση του παραπάνω λογ/σμού μου, ακόμα και μετά το θάνατό μου, κάθε ποσό το οποίο ήθελε ζητήσει το Ταμείο ως αχρεωστήτως καταβληθέν σε μένα με πίστωση του λογ/σμού μου. Υπόσχομαι και αναλαμβάνω έναντι αμφοτέρων των μερών υποχρέωση της μη μετατροπής του ατομικού μου λογ/σμού σε κοινό με οποιονδήποτε άλλο συγγενή ή τρίτο πρόσωπο σε οποιαδήποτε περίπτωση και για οποιοδήποτε λόγο ή αιτία.

Ο ΠΑΡΕΧΩΝ ΤΗΝ ΠΛΗΡΕΞΟΥΣΙΟΤΗΤΑ

(ονοματεπώνυμο / υπογραφή)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Φωτοτυπία Ατομικού Λογαριασμού	☐	☐	
2. Δήλωση της υπηρεσίας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση Ασφάλισης για Ειδικό Λογαριασμό Πρόσθετων Παροχών».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αστυνομικό Δελτίο Ταυτότητας ή Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: * Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών ή ο νόμιμος διακανονισμός τους μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αστυνομικό Δελτίο Ταυτότητας ή Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση Ασφάλισης για κύρια Σύνταξη Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση Ασφαλιστικής Ενημερότητας».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών ή ο νόμιμος διακανονισμός τους μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ :
1. Η ισχύς της ασφαλιστικής ενημερότητας είναι :
   - **Τετράμηνη** για Ελεύθερους Επαγγελματίες
   - **Δίμηνη** για τους Μισθωτούς και όσους έχουν κάνει διακανονισμό.
2. Η ισχύς των βεβαιώσεων για φορολογική χρήση είναι **ετήσια** .

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση Συνταξιούχου Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Μητρώου Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Η επικύρωση του αντιγράφου της Αστυνομικής Ταυτότητας πραγματοποιείται από την υπηρεσία .

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι :

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Διαγραφή από τον Κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] · (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βιβλιάριο Υγείας	☐	☐	
2. Βεβαίωση ασφάλισης σε άλλον ασφαλιστικό φορέα	☐	☐	☐
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το μήνα διαγραφής ή προσκόμιση εργοδοτικής βεβαίωσης, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι γίνονται κρατήσεις για όλους τους Κλάδους του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. και έχουν αποδοθεί μέσω Ε.Τ.Ε. μέχρι και το μήνα διαγραφής.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βιβλιάριο Υγείας	☐	☐	
2. Βεβαίωση ασφάλισης σε άλλον ασφαλιστικό φορέα	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Εγγραφή άμεσου μέλους στον Κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)

: *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄, αν έχουν απολυθεί από το στρατό μετά την εγγραφή τους στο Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. (για τον άνδρες)	☐	☐	☐
2. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *			
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένος/η), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐
5. Εκκαθαριστικό της Εφορίας	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν είμαι στρατιώτης, ούτε ασφαλισμένος σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό και αν ασφαλισθώ είμαι υποχρεωμένος να το δηλώσω στον Κ.Υ. και να διαγραφώ από αυτόν***».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο ή η προσκόμιση εργοδοτικής βεβαίωσης, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι γίνονται κρατήσεις για όλους τους Κλάδους του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. και ότι αποδίδονται μέσω Ε.Τ.Ε. από Και συνεχίζουν.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄, αν έχουν απολυθεί από το στρατό μετά την εγγραφή τους στο Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. **(για του άνδρες)**	☐	☐	☐
2. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο).			
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένος/η), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐
5. Εκκαθαριστικό της Εφορίας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Εγγραφή Συζύγου στον Κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική Γάμου*	☐	☐	☐
2. Μία (1) φωτογραφία	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) **	☐	☐	
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο Ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένο/α), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Εκδίδεται από τον οικείο Δήμο ή Κοινότητα.**
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : «***η σύζυγός μου δεν εργάζεται, δεν είναι ασφαλισμένη και δεν δικαιούται να ασφαλισθεί σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό, σε περίπτωση όμως που ασφαλισθεί είμαι υποχρεωμένος να ενημερώσω τον Κ.Υ. και να την διαγράψω από αυτόν***».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο ή η προσκόμιση εργοδοτικής βεβαίωσης, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι γίνονται κρατήσεις για όλους τους Κλάδους του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. και ότι αποδίδονται μέσω Ε.Τ.Ε. από και συνεχίζουν.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική Γάμου	☐	☐	☐
2. Μία (1) φωτογραφία	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο Ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένο/α), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Εγγραφή Τέκνου /Τέκνων στον Κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης	☐	☐	☐
2. Ληξιαρχική Πράξη Βάπτισης	☐	☐	☐
3. Μία (1) φωτογραφία	☐	☐	
4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
5. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο Ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένο/α), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : «*το παιδί μου δεν είναι ασφαλισμένο σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό, μόλις δε υπαχθεί, υποχρεούμαι να το δηλώσω στον Κ.Υ. και να τον διαγράψω από αυτόν*».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο ή η προσκόμιση εργοδοτικής βεβαίωσης, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι γίνονται κρατήσεις για όλους τους Κλάδους του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. και ότι αποδίδονται μέσω Ε.Τ.Ε. από και συνεχίζουν.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική Πράξη Γέννησης	☐	☐	☐
2. Ληξιαρχική Πράξη Βάπτισης	☐	☐	☐
3. Μία (1) φωτογραφία	☐	☐	
4. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
5. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο Ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένο/α), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση νέου Βιβλιαρίου Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. (*σε αντικατάσταση απολεσθέντος άμεσα ασφαλισμένου ή συζύγου ή τέκνου*) ».

ΠΡΟΣ:	*	**Αριθμός Πρωτοκόλλου**	**Ημερομηνία**	**Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* **Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Μία (1) φωτογραφία του μέλους που έχει χαθεί το βιβλιάριο υγείας	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***Σε περίπτωση που βρεθεί το βιβλιάριο υγείας μου/ συζύγου μου/ παιδιού θα το προσκομίσω στην υπηρεσία*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Μία (1) φωτογραφία του μέλους που έχει χαθεί το βιβλιάριο υγείας	☐	☐	
2. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επανεγγραφή άμεσου μέλους στον Κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄, αν έχουν απολυθεί από το στρατό μετά την εγγραφή τους στο Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. **(για του άνδρες)**	☐	☐	☐
2. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένος/η), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐
5. Εκκαθαριστικό της Εφορίας	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν είμαι στρατιώτης, ούτε ασφαλισμένος σε άλλο ασφαλιστικό οργανισμό και αν ασφαλισθώ είμαι υποχρεωμένος να το δηλώσω στον Κ.Υ. και να διαγραφώ από αυτόν***».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :

1. Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο ή η προσκόμιση εργοδοτικής βεβαίωσης, στην οποία θα βεβαιώνεται ότι γίνονται κρατήσεις για όλους τους Κλάδους του Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. και ότι αποδίδονται μέσω Ε.Τ.Ε. από και συνεχίζουν μέχρι

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Στρατολογικής Κατάστασης τύπου Α΄, αν έχουν απολυθεί από το στρατό μετά την εγγραφή τους στο Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε. **(για του άνδρες)**	☐	☐	☐
2. Δύο (2) φωτογραφίες	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
4. Βεβαίωση Ασφάλισης – Διαγραφής από τον προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα (εφόσον ήταν ασφαλισμένος/η), που να φαίνεται ακριβώς το διάστημα ασφάλισης (έναρξη – λήξη).	☐	☐	☐
5. Εκκαθαριστικό της Εφορίας	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Εξόδων Κηδείας Τ.Σ.Μ.Δ.Ε.».

ΠΡΟΣ:	*	**Αριθμός Πρωτοκόλλου**	**Ημερομηνία**	**Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		**Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Θεωρημένο τιμολόγιο Γραφείου Κηδειών	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « ***δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι να λάβω έξοδα κηδείας από άλλο ασφαλιστικό φορέα*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο.
☐ 4. Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5. Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :

1. Δεν έχουν καταβληθεί έξοδα Κηδείας από άλλο ασφαλιστικό φορέα.

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Θεωρημένο τιμολόγιο Γραφείου Κηδειών	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡΓ-ΚΑ	ΓΓΚΑ	ΤΣΜΕΔΕ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Μεταβίβαση Σύνταξης σε χήρες και ορφανά λόγω θανάτου Συνταξιούχου»

ΠΡΟΣ:		Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	□	□	□
3. Πιστοποιητικό Δημάρχου με βάση ένορκη βεβαίωση δύο μαρτύρων *	□	□	□
4. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών κατοικίας του πεθαμένου ότι δεν λύθηκε ο γάμος	□	□	□
5. Επικυρωμένο Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας όλων των δικαιούχων συντάξεως (Η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
6. Βεβαίωση Τεχν. Επιμελητηρίου περί διαγραφής του θανόντος λόγω θανάτου (αν ήταν γραμμένος στο ΤΕΕ)	□	□	□
7. Ληξιαρχική πράξη γέννησης – βάπτισης (για ανήλικα παιδιά ή σπουδαστές)	□	□	□
8. Πιστοποιητικό ότι σπουδάζουν (για παιδιά άνω των 20 ετών και μέχρι τα 24)	□	□	□

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Να φαίνονται οι πλησιέστεροι συγγενείς αυτού που πέθανε, το γένος και η ημερομηνία που γεννήθηκε καθένας**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

<u>ΣΗΜΕΙΩΣΗ</u>:
Στην περίπτωση που ο θανών (σύζυγος) έπαιρνε σύνταξη και από τον ΕΛΠΠ θα πρέπει να υποβάλλεται αίτηση για μεταβίβαση και στον ΕΛΠΠ

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (Ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Ληξιαρχική πράξη γάμου	☐	☐	☐
3. Πιστοποιητικό Δημάρχου με βάση ένορκη βεβαίωση δύο μαρτύρων	☐	☐	☐
4. Πιστοποιητικό Γραμματέα Πρωτοδικών κατοικίας του πεθαμένου ότι δεν λύθηκε ο γάμος	☐	☐	☐
5. Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας όλων των δικαιούχων συντάξεως	☐	☐	☐
6. Βεβαίωση Τεχν. Επιμελητηρίου περί διαγραφής του λόγω θανάτου (αν ήταν γραμμένος στο ΤΕΕ)	☐	☐	☐
7. Ληξιαρχική πράξη γέννησης – βάπτισης (για ανήλικα παιδιά ή σπουδαστές)	☐	☐	☐
8. Πιστοποιητικό ότι σπουδάζουν (για παιδιά άνω των 20 ετών και μέχρι τα 24)	☐	☐	☐

<u>ΣΗΜΕΙΩΣΗ</u>:
Στην περίπτωση που ο θανών (σύζυγος) έπαιρνε σύνταξη και από τον ΕΛΠΠ θα πρέπει να υποβάλλεται αίτηση για μεταβίβαση και στον ΕΛΠΠ

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (Ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡΓ-ΚΑ	ΓΓΚΑ	ΤΣΜΕΔΕ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Βεβαίωση Ασφάλισης για τον κλάδο Υγείας Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.»

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου/ Συνταξιούχου ή Αριθμ. Τ.Ε.Ε.
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* Τ.Σ.Μ.Ε.Δ.Ε.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ (Συζύγου ή Τέκνων)

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	Ημερομηνία γέννησης(1):
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	Ημερομηνία γέννησης(1):
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	Ημερομηνία γέννησης(1):
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	Ημερομηνία γέννησης(1):
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	Ημερομηνία γέννησης(1):

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :
* Η επικύρωση γίνεται σε κάθε δημόσια υπηρεσία.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (Ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1.Δελτίο Αστυνομικής Ταυτότητας ή Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας	□	□	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ :			

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ :
Η καταβολή όλων των οφειλόμενων ασφαλιστικών εισφορών μέχρι και το τρέχον εξάμηνο.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία (Ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έξοδα Κηδείας Συνταξιούχου ΤΣΑΥ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Α.Υ.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Συνταξιούχου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
2. Πρωτότυπο τιμολόγιο Γραφείου Τελετών / Δελτίο παροχής υπηρεσιών από το Γραφείο Τελετών	□	□	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	□	□	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « *δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι να λάβω έξοδα κηδείας από άλλο ασφαλιστικό φορέα* ».**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Πρωτότυπο τιμολόγιο Γραφείου Τελετών / Δελτίο παροχής υπηρεσιών από το Γραφείο Τελετών	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «΄Εξοδα Κηδείας Ασφαλισμένου ΤΣΑΥ».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Α.Υ.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
2. Πρωτότυπο τιμολόγιο Γραφείου Τελετών / Δελτίο παροχής υπηρεσιών από το Γραφείο Τελετών	□	□	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	□	□	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	□	□	
5. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	□	□	
6. Αποδεικτικά άσκησης Υγειονομικού επαγγέλματος από το έτος 1979	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται : « *δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι να λάβω έξοδα κηδείας από άλλο ασφαλιστικό φορέα* ».**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____
____
____
____
____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:			
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
2. Πρωτότυπο τιμολόγιο Γραφείου Τελετών / Δελτίο παροχής υπηρεσιών από το Γραφείο Τελετών	☐	☐	
3. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	
4. Βεβαίωση του ποσού που εισπράχθηκε από άλλο φορέα, φωτ/πία του τιμολογίου του γραφείου τελετών και της ληξιαρχικής πράξης θανάτου (***Σε περίπτωση διαφορών εξόδων***)	☐	☐	
5. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	☐	☐	
6. Αποδεικτικά άσκησης Υγειονομικού επαγγέλματος από το έτος 1979	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή Σύνταξης θανάτου ΤΣΑΥ σε χήρες και ορφανά Συνταξιούχων».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Α.Υ.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:	Αριθ:	ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας (η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης πλησιέστερων συγγενών	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο Ληξιαρχικής πράξης θανάτου	☐	☐	☐
4. Ληξιαρχική πράξη Γέννησης (δικαιούχοι κάτω των 18 ετών ή 25 ετών αν είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό Σπουδών (αν οι δικαιούχοι είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
6. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου ή Πιστοποιητικό Μητρόπολης ή δικαστική απόφαση (για απόδειξη του Γάμου).	☐	☐	☐
7. Πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή της Ν.Α. (ότι το φαρμακείο λειτούργησε στο όνομα του θανόντος ως το θάνατό του, για συνταξιούχους φαρμακοποιούς με μισή σύνταξη).	☐	☐	☐
8. Υπεύθυνη Δήλωση (ειδικό έντυπο ΤΣΑΥ) για την υπαγωγή στην ασφάλιση Ιατρικής και Νοσοκομειακής περίθαλψης του ΤΣΑΥ ή άλλου φορέα .	☐	☐	
9. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται :**

- ***« δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι να λάβω σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το σύζυγο (η χήρα) ».***
- ***« δεν εργάζεται(χήρος-χήρα), είναι άγαμος και δεν παίρνει σύνταξη από την ίδια εργασία ή από άλλη πηγή (ο φοιτητής) ».***

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας (η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης πλησιέστερων συγγενών	☐	☐	☐
3. Αντίγραφο Ληξιαρχικής πράξης θανάτου	☐	☐	☐
4. Ληξιαρχική πράξη Γέννησης (δικαιούχοι κάτω των 18 ετών ή 25 ετών αν είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
5. Πιστοποιητικό Σπουδών (αν οι δικαιούχοι είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
6. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου ή Πιστοποιητικό Μητρόπολης ή δικαστική απόφαση (για απόδειξη του Γάμου).	☐	☐	☐
7. Πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή της Ν.Α. (ότι το φαρμακείο λειτούργησε στο όνομα του θανόντος ως το θάνατό του, για συνταξιούχους φαρμακοποιούς με μισή σύνταξη).	☐	☐	☐
8. Υπεύθυνη Δήλωση (συνημμένο έντυπο ΤΣΑΥ) για την υπαγωγή στην ασφάλιση Ιατρικής και Νοσοκομειακής περίθαλψης του ΤΣΑΥ ή άλλου φορέα .	☐	☐	
9. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)
(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Απονομή Σύνταξης θανάτου ΤΣΑΥ σε χήρες και ορφανά Ασφαλισμένων».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Α.Υ.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας (η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	□	□	
2. Αντίγραφο πτυχίου (δεν απαιτείται αν η ύπαρξή του προκύπτει από το πιστοποιητικό του οικείου Συλλόγου).	□	□	□
3. Πιστοποιητικό του οικείου Συλλόγου (για τη χρονολογία εγγραφής, τον αριθμό Μητρώου του Υγειονομικού και την πραγματική άσκηση του επαγγέλματος).	□	□	□
4. Αποδεικτικά άσκησης του Υγειονομικού επαγγέλματος από το έτος 1979.	□	□	
5. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	□	□	
6. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης πλησιέστερων συγγενών	□	□	□
7. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	□	□	□
8. Ληξιαρχική πράξη Γέννησης (δικαιούχοι κάτω των 18 ετών ή 25 ετών αν είναι φοιτητές)	□	□	□
9. Πιστοποιητικό Σπουδών (αν οι δικαιούχοι είναι φοιτητές)	□	□	□
10. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου ή Πιστοποιητικό Μητρόπολης ή δικαστική απόφαση (για απόδειξη του Γάμου).	□	□	□
11. Πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή της Ν.Α. (ότι το φαρμακείο λειτούργησε στο όνομα του θανόντος ως το θάνατό του, για συνταξιούχους φαρμακοποιούς με μισή σύνταξη).	□	□	□
12. Υπεύθυνη Δήλωση (ειδικό έντυπο ΤΣΑΥ) για την υπαγωγή στην ασφάλιση Ιατρικής και Νοσοκομειακής περίθαλψης του ΤΣΑΥ ή άλλου φορέα .	□	□	
13. Υπεύθυνη Δήλωση των δικαιούχων (ειδικό έντυπο ΤΣΑΥ) σχετικά με τις πάσης φύσεως έμμισθες θέσεις του αποβιώσαντος από το 1948.	□	□	
14. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο) *	□	□	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
*** Στην Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/1986 θα αναγράφεται :**

- « ***δεν έλαβα ούτε δικαιούμαι να λάβω σύνταξη από άλλο ασφαλιστικό φορέα ή από το σύζυγο (η χήρα)*** ».
- « ***δεν εργάζεται, είναι άγαμος και δεν παίρνει σύνταξη από την ίδια εργασία ή από άλλη πηγή (ο φοιτητής)*** ».

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

□ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:...
□ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
□ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο...
□ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
□ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

____

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Επικυρωμένο Αντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας (η επικύρωση γίνεται στην υπηρεσία).	☐	☐	
2. Αντίγραφο πτυχίου (δεν απαιτείται αν η ύπαρξή του προκύπτει από το πιστοποιητικό του οικείου Συλλόγου).	☐	☐	☐
3. Πιστοποιητικό του οικείου Συλλόγου (για τη χρονολογία εγγραφής, τον αριθμό Μητρώου του Υγειονομικού και την πραγματική άσκηση του επαγγέλματος).	☐	☐	☐
4. Αποδεικτικά άσκησης του Υγειονομικού επαγγέλματος από το έτος 1979.	☐	☐	
5. Ασφαλιστικό βιβλιάριο	☐	☐	
6. Πιστοποιητικό Οικογενειακής Κατάστασης πλησιέστερων συγγενών	☐	☐	☐
7. Ληξιαρχική πράξη θανάτου	☐	☐	☐
8. Ληξιαρχική πράξη Γέννησης (δικαιούχοι κάτω των 18 ετών ή 25 ετών αν είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
9. Πιστοποιητικό Σπουδών (αν οι δικαιούχοι είναι φοιτητές)	☐	☐	☐
10. Ληξιαρχική Πράξη Γάμου ή Πιστοποιητικό Μητρόπολης ή δικαστική απόφαση (για απόδειξη του Γάμου).	☐	☐	☐
11. Πιστοποιητικό του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή της Ν.Α. (ότι το φαρμακείο λειτούργησε στο όνομα του θανόντος ως το θάνατό του, για συνταξιούχους φαρμακοποιούς με μισή σύνταξη).	☐	☐	☐
12. Υπεύθυνη Δήλωση (ειδικό έντυπο ΤΣΑΥ) για την υπαγωγή στην ασφάλιση Ιατρικής και Νοσοκομειακής περίθαλψης του ΤΣΑΥ ή άλλου φορέα .	☐	☐	
13. Υπεύθυνη Δήλωση των δικαιούχων (ειδικό έντυπο ΤΣΑΥ) σχετικά με τις πάσης φύσεως έμμισθες θέσεις του αποβιώσαντος από το 1948.	☐	☐	
14. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1986 (είναι ενσωματωμένη στο παρόν έντυπο)	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν
ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος
(υπογραφή)
(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΙΤΗΣΗ – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Συνέχιση Σύνταξης Ανικανότητας».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* ΤΣΑΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου	☐	☐	
2. Γνωμάτευση Ιατρού (αν ο αιτών κατοικεί στην επαρχία) *.	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:
* (Ο ιατρός ορίζεται από την αντιπροσωπεία ΤΣΑΥ της περιοχής)

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..
☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..
☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου	☐		
2. Γνωμάτευση Ιατρού (αν ο αιτών κατοικεί στην επαρχία).			

ΧΡΟΝΟΣ :΄Εως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΠΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Επιδόματος Παραπληγίας ή Τυφλότητας σε Συνταξιούχους ΤΣΑΥ λόγω γήρατος, θανάτου ή αναπηρίας».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

* Τ.Σ.Α.Υ.

Ονοματεπώνυμο Θανόντος		Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ(4) (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου.	☐	☐	
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:...

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου.	☐	☐	

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΥΠΕΡ-ΚΑ	Γ.Γ.Κ.Α.	ΤΣΑΥ	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Επιδόματος απολύτου αναπηρίας σε Συνταξιούχους ΤΣΑΥ έμμεσα ασφαλισμένους».

ΠΡΟΣ:	*	Αριθμός Πρωτοκόλλου	Ημερομηνία	Αριθμός Μητρώου Ασφαλισμένου
		* Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία		

* ΤΣΑΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΟΡΙΣΜΟΣ / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ[4] (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : *Σε περίπτωση που δε συντάσσεται η εξουσιοδότηση στο παρόν έντυπο απαιτείται προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου.*					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου.	☐	☐	
2. Ιατρική Γνωμάτευση (αν είναι κάτοικος επαρχίας).*	☐	☐	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

*** Ο ιατρός που θα γνωματεύσει ορίζεται από την αντιπροσωπεία του ΤΣΑΥ της περιοχής.**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

☐ 1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:..

☐ 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

☐ 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο..

☐ 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας

☐ 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:..

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.
(4) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζεται εκπρόσωπος)

20 .

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:				
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			Ημ/νια αιτήματος:	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	Όνομα:		Επώνυμο:	
Αιτών:	Όνομα:		Επώνυμο:	

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Πιστοποιητικό Κρατικού Νοσοκομείου.			
2. Ιατρική Γνωμάτευση (αν είναι κάτοικος επαρχίας).			

ΧΡΟΝΟΣ :Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχών απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσίας (ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ:
Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ